

Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles: período 2003-2005

J. Gómez-Pavón^a, I. Ruipérez-Cantera^a, A. Rodríguez-Valcarce^a, J. Rodríguez-Solis^b, J.L. González-Guerrero^b, y N. Maturana-Navarrete^a

^aJunta directiva. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid. España.

^bComité técnico. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid. España.

Sr. Editor

En los últimos 2-3 años se están produciendo importantes cambios legislativos y organizativos en España: 3 años de transferencias sanitarias (1 de enero de 2002), 2 años de la Ley de Cohesión y Calidad (28 de mayo de 2003), en estos momentos se está redactando la futura cartera de servicios y la Ley de protección de la dependencia. Asimismo, en el ámbito autonómico, ya se está gestando los diferentes planes integrales sanitarios o sociosanitarios, que marca la citada Ley de Cohesión y Calidad. Por este motivo, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) —con la misma metodología que se usó hace 2 años en un estudio previo¹, en colaboración con el comité técnico y los vocales autonómicos— ha evaluado de forma comparativa, en el período comprendido entre el 1 de junio de 2003 y el 1 de junio de 2005, el nivel de adecuación de los recursos geriátricos especializados en los hospitales generales españoles de más de 100 camas y su línea de desarrollo en las diferentes comunidades autonómicas (CC.AA.).

Presentamos un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra la constituyen los hospitales de agudos de todo el territorio español, considerándose para este estudio los hospitales generales de más de 100 camas. Se ha excluido, por tanto, hospitales de crónicos y larga estancia y/o hospitales «sociosanitarios», hospitales de «apoyo» y hospitales generales de menos de 100 camas. Los datos de los diferentes hospitales se han obtenido de la publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo, publicados en el catálogo de hospitales que aparece en su página web (http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm), el 1 de junio de 2005. Se contactó (vía telefónica, fax, correo electrónico) con el jefe de admisión o con los responsables médicos de las unidades hospitalarias de estos hospitales, en los casos en que había duda de las características de la asistencia y/o de los recursos del hospital. Cada hospital incluido en el estudio se ha clasificado según la asistencia geriátrica de que dispone en:

1. Sin asistencia geriátrica especializada. El hospital no dispone de cobertura geriátrica especializada.

2. Con asistencia geriátrica especializada. El hospital dispone de algún tipo de cobertura geriátrica. Según el tipo de asistencia geriátrica de que disponga el hospital, se clasifican en:

a) Asistencia geriátrica incompleta. Comprende la existencia de diferentes modelos que consisten en equipos multidisciplinarios funcionales de geriatría. Igualmente, en este apartado se incluyen los hospitales que no poseen ningún recurso geriátrico especializado en el hospital general, pero tienen unidad geriátrica de agudos o Servicio de Geriatría ubicado en un hospital de «apoyo», sin poder seleccionar los pacientes remitidos desde la urgencia y sin poder evaluar e intervenir directamente en el hospital general de referencia.

b) Asistencia geriátrica más completa. Comprende la existencia de las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) ubicadas dentro del hospital general. También se ha incluido en este apartado los hospitales generales con equipos multidisciplinarios de geriatría dentro del hospital general y que a la vez están apoyados por una UGA o Servicio de Geriatría ubicado en un hospital de «apoyo».

Los presidentes o vocales de las sociedades autonómicas de Geriatría y Gerontología han analizado y corroborado directamente todos los datos de los hospitales incluidos y su clasificación, según la asistencia geriátrica especializada. Se analizó los resultados globalmente y por autonomías, y se comparó los resultados del año 2005 con los previos del año 2003, según los resultados publicados en la referencia bibliográfica 1.

La muestra que se ha estudiado está constituida por 217 hospitales generales españoles de más de 100 camas. En 78 hospitales (36%) hay algún recurso geriátrico especializado para intervenir en la fase aguda de la enfermedad (tabla 1). Cantabria y el País Vasco, junto a Ceuta

TABLA 1. Comunidades autónomas ordenadas de mayor a menor según el porcentaje de hospitales con más de 100 camas con algún tipo de asistencia geriátrica especializada. Período 2003-2005

N ^a	Asistencia geriátrica			Δ ^b
	2003	2005		
La Rioja	1/1	1 (100%)	1 (100%)	=
Cataluña	35/35	27 (77%)	31 (89%)	↑ 12%
Castilla-La Mancha	10/10	5 (50%)	6 (60%)	↑ 10%
Castilla y León	15/15	7 (47%)	9 (60%)	↑ 13%
Madrid	13/14	7 (54%)	8 (57%)	↑ 3%
Aragón	9/9	3 (33%)	4 (44%)	↑ 11%
Galicia	12/12	3 (25%)	3 (25%)	=
Murcia	8/8	2 (25%)	2 (25%)	=
C. Valenciana	23/23	5 (22%)	5 (22%)	=
Navarra	5/5	1 (20%)	1 (20%)	=
Baleares	5/5	1 (20%)	1 (20%)	=
Asturias	9/9	1 (11%)	2 (22%)	↑ 11%
Canarias	8/8	3 (38%)	1 (13%)	↓ 25%
Extremadura	9/9	1 (11%)	1 (11%)	=
Andalucía	32/32	3 (9%)	3 (9%)	=
País Vasco	17/17	0	0	=
Cantabria	3/3	0	0	=
Melilla	1/1	0	0	=
Ceuta	1/1	0	0	=
España	216/217	70 (32%)	78 (36%)	↑ 4%

^aNúmero de hospitales generales españoles de más de 100 camas, años 2003-2005.^bIncremento del año 2003 al 2005.

y Melilla, siguen sin disponer de ningún tipo de cobertura geriátrica especializada en sus hospitales de agudos. Después de examinar el tipo de cobertura geriátrica, en 25 hospitales (12%) la asistencia geriátrica es más completa, es decir, presentan UGA (tabla 2), y en 53 hospitales (24%) es incompleta (equipos geriátricos multidisciplinarios). Las CC.AA. que presentan un mayor porcentaje de UGA son Castilla-La Mancha (30%), Madrid (28%), Cataluña (23%) y Aragón (22%). En 6 CC.AA. no hay ningún hospital con unidades geriátricas de agudos. Comparando el período del año 2003 con el del año 2005, en estos dos años los recursos han aumentado un 4%. El incremento se debe al crecimiento paritario de un 2% tanto en el porcentaje de UGA como en el de equipos geriátricos multidisciplinarios. De las 17 CC.AA., 6 siguen con un crecimiento lento pero paulatino (Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Madrid, Aragón, Asturias), mientras que en el resto el panorama no se ha modificado, y hay una comunidad, Canarias, en la que los recursos han disminuido.

El presente estudio, así como el realizado previamente en 2003¹, es un estudio cualitativo respecto al objetivo específico de valorar si el paciente anciano en España tiene acceso o no a una atención geriátrica hospitalaria en la fase aguda de su enfermedad. Por ello no se miden otras variables como el número de camas, los recursos humanos, la actividad realizada, etc. Sin duda, la asistencia geriátrica es más amplia que la atención en la fase aguda de

la enfermedad, y una de las limitaciones del estudio es también el hecho de no evaluar el resto de recursos geriátricos hospitalarios de eficacia contrastada en la fase intermedia de enfermedad (unidades de media estancia, hospital de día) y en la fase de cuidados continuados (atención geriátrica domiciliaria, unidades de larga estancia hospitalaria, residencias, etc.)

El número de personas de 80 años o más ha pasado de 1.756.844 en 2003 a 1.903.756 en 2005, lo que supone un incremento considerable del 8,3%². Es bien conocido que este sector de población, el más vulnerable, concentra el riesgo de dependencia y las cifras mayores de dependencia ya establecida, lo que ocasiona que presente un mayor consumo de recursos tanto sanitarios como sociales^{3,4}.

En estos momentos, un tercio de los hospitales españoles dispone de algún tipo de asistencia geriátrica especializada en sus hospitales. Junto a este déficit, es importante destacar la falta de equidad del territorio español, con desigualdades cada vez mayores entre autonomías. Así entre la comunidad de máxima cobertura geriátrica hospitalaria, Cataluña⁵, y las de menor cobertura geriátrica, Cantabria y el País Vasco, hay una diferencia de un 89%. Además muchas de estas comunidades con escasa o nula asistencia geriátrica hospitalaria son las que presentan un mayor incremento en su población de mayores de 80 años: el País Vasco un 9,40%, Cantabria un

TABLA 2. Nivel y tipo de cobertura geriátrica especializada en los hospitales generales españoles de más de 100 camas: período 2003-2005. Ordenados por comunidades autónomas, de menor a mayor porcentaje de asistencia geriátrica más completa

N ^a	Asistencia geriátrica más completa			Asistencia geriátrica incompleta		
	2003	2005	Δ ^b	2003	2005	Δ ^b
Castilla-La Mancha	10/10	3 (30%)	3 (30%)	=	2 (20%)	3 (30%)
Madrid	13/14	4 (31%)	4 (28%)	↓ 3%	3 (23%)	4 (29%)
Cataluña	35/35	5 (14%)	8(23%)	↑ 9%	22 (63%)	23 (66%)
Aragón	9/9	2 (22%)	2 (22%)	=	1 (11%)	2 (22%)
Navarra	5/5	1 (20%)	1 (20%)	=	0	0
Galicia	12/12	2 (17%)	2 (17%)	=	1 (8%)	1 (8%)
Asturias	9/9	1 (11%)	1 (11%)	=	0	1 (11%)
Extremadura	9/9	1 (11%)	1 (11%)	=	0	0
Castilla y León	15/15	1 (7%)	1 (7%)	=	6 (40%)	8 (53%)
C. Valenciana	23/23	0	1 (4%)	↑ 4%	5 (22%)	4 (17%)
Andalucía	32/32	1 (3%)	1 (3%)	=	2 (6%)	2 (6%)
La Rioja	1/1	0	0	=	1 (100%)	1 (100%)
Murcia	8/8	0	0	=	2 (25%)	2 (25%)
Baleares	5/5	0	0	=	1 (20%)	1 (20%)
Canarias	8/8	0	0	=	3 (38%)	1 (13%)
País Vasco	17/17	0	0	=	0	0
Cantabria	3/3	0	0	=	0	0
Melilla	1/1	0	0	=	0	0
Ceuta	1/1	0	0	=	0	0
España	216/217	21 (10%)	25 (12%)	↑ 2%	49 (22%)	53 (24%)
						↑ 2%

^aNúmero de hospitales generales españoles de más de 100 camas, años 2003-2005.^bIncremento del año 2003 al 2005.

8,99%, Asturias un 8,07%, Canarias un 8,78%, Andalucía un 8,10%, Extremadura un 7,76 %, Navarra un 7,78%, Comunidad Valenciana 7,09%, La Rioja un 10,14%, Murcia un 10,42%², etc.

El hecho de tratar de demostrar la eficacia y eficiencia de la implantación de la geriatría en un hospital moderno ya es un debate superado. Son muchas las evidencias que han demostrado la pertinencia de su desarrollo. Incluso su no implantación ya se apunta a una negligencia asistencial, al igual que lo sería la no existencia de otras especialidades⁶.

Cualquier sistema sanitario debería contemplar todos los recursos humanos y materiales y la organización de éstos para dar respuesta a las necesidades específicas de acuerdo a la complejidad de la población que cubre⁷. Un ejemplo lo tenemos en nuestros vecinos europeos. Francia⁸ ha puesto en marcha un ambicioso plan de actuación para la mejora de la atención geriátrica que, entre otras medidas (atención primaria, hospitalaria, rehabilitación, larga estancia), cabe citar la creación de equipos multidisciplinarios de valoración geriátrica, ubicados en todos los hospitales, así como el desarrollo de unidades de corta estancia geriátrica (semejantes a las UGA), mediante camas reconvertidas de otros servicios.

La SEGG reitera sus recomendaciones presentadas en el informe al Parlamento español⁹ como anexo al *Libro*

*Blanco de la dependencia*³ en enero de 2005, que se concretan en relación con la atención hospitalaria en la fase aguda de enfermedad en:

- Cobertura del 100% de los hospitales generales con asistencia geriátrica especializada.

- Implementación de forma progresiva de UGA en todos los hospitales españoles, para garantizar así el derecho de los ancianos a recibir una asistencia especializada de calidad por igual en todo el territorio español.

- Un paso intermedio a la propuesta anterior es el desarrollo y el crecimiento de los equipos geriátricos interconsultores, en los hospitales generales que no disponen de UGA. Estos equipos deberán estar bien dotados de todo el personal necesario para poder ser realmente eficientes e ir desarrollándose poco a poco hasta su complementación con las UGA.

- Potenciación de la interconsulta entre los servicios hospitalarios que atienden a los pacientes ancianos con la asistencia geriátrica especializada, especialmente en las enfermedades muy incapacitantes, como la fractura de cadera, el ictus y la demencia.

Como conclusión, podemos afirmar que en España la atención geriátrica especializada es un derecho básico, al que todavía hoy la mayoría de las personas mayores si-

gue sin tener acceso cuando lo necesita. Esto puede suponer un riesgo para la atención a las personas más ancianas y frágiles en España.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento expreso a todos los presidentes y vocales de las sociedades autonómicas de Geriatría y Gerontología que han intervenido en el estudio el 1 de junio de 2005.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruipérez I, Midón J, Gómez-Pavón J, et al. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003;38:281-7.
2. Padrón municipal. Años 2003 y 2005. INE: INEBASE. Disponible en: <http://www.ine.es>
3. Libro Blanco de la dependencia. [Accedido julio 2005] Disponible en: <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/libroblancodeladependencia.html>
4. Encuesta Nacional de Salud. Año 2003. Disponible en: www.msc.es
5. Salvà-Casanovas A, Llevadot D, Miró M, et al. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39:101-8.
6. Gómez Batiste X. Leganés, sedación y cuidados paliativos. *Med Pal.* 2005;12:65-6.
7. Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, et al. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78:221-33.
8. Sancho M. La protección social a las personas mayores dependientes en Francia: el sistema sanitario y la atención geriátrica. En: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, ed. *Perfiles y tendencias.* Madrid: 2004. p. 3-6.
9. Informe de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. [Accedido julio 2005] Disponible en: http://www.segg.es/segg/html/guias_recomendaciones/documentos.htm